

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE L'INVERSION DU VAGIN CHEZ LES HYSTÉRECTOMISÉES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Juin 1920

PAR

CALCATOGGIO Ange

né à Ajaccio le 25 septembre 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

DE ROUVILLE, professeur, *président*.
VALLOIS, professeur
DELMAS, agrégé
ETIENNE, agrégé

Assesseurs



MONTPELLIER
IMPRIMERIE LAVIER et CASTEL

1, Quai de Sauvages, 1

1920

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 177

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE L'INVERSION DU VAGIN CHEZ LES HYSTÉRECTOMISÉES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Juin 1920

PAR

CALCATOGGIO Ange

né à Ajaccio le 25 septembre 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

DE ROUVILLE, professeur, *président*.
VALLOIS, professeur
DELMAS, agrégé
ETIENNE, agrégé

Assesseurs



MONTPELLIER
IMPRIMERIE LAVIER et CASTEL

1, Quai de Sauvages, 1

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

ADMINISTRATION

MM. MAIRET (✱).....	DOYEN
FORGUE (O ✱).....	ASSEESSEUR
IZARD.....	SECRÉTAIRE

PROFESSEURS

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O. ✱.)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱).
Physique médicale.....	IMBERT (✱).
Botanique et Histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O. ✱).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O. ✱).
Physiologie.....	HEDON (✱).
Histologie.....	VIALLETON
Clinique médicale.....	DUCAMP. (✱)
Anatomie.....	GILIS (✱).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédique....	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEI (✱)
Pathologie et Thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS P.
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIREs. (✱)
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (✱).
Chimie biologique et médicale.....	DEIRRIEN (✱)
Microbiologie.....	N...
Pathologie interne.....	N...
Clinique médicale.....	N.
Médecine légale et toxicologie.....	N.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honor. : MM. E. BERTIN-SANS (✱).

Secrétaire honoraire : M. GOT

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES.

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof. adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées....	VEDEL prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires....	JEANBRAU (✱). ag. l. (ch. dec)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, (✱) a. l. (c. dec.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards..	EUZIERE, agrégé, (ch. de c.)
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé, (ch. de c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé, (c. de c.)
Microbiologie.....	LISBONNE, agr. (ch. d. c.)
Stomatologie.....	WATON, ✱ (✱) ¹ . (ch. de c.)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GALAVIELLE	MM. CABANNES	MM. ETIENNE
GRYNFELTT. (✱).	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT	EUZIERE.	PECH ✱ (ch. d'agr.)
GAUSSEL. (✱). ✱	J. DELMAS. ✱	VALLOIS ✱ (ch. d'a.)
RICHE.	RIMBAUD. ✱	

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. DE ROUVILLE *Professeur, Président*; VALLOIS *Professeur*;
P. DELMAS, *prof. agrégé*; ETIENNE, *prof. agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MA MÈRE CHÉRIE

*Faible témoignage de ma
reconnaissance éternelle*

A MA FEMME

Bien modeste gage de mon amour

A MES 'SCEURS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE
PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VALLOIS
PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS
P. DELMAS et ÉTIENNE

AVANT-PROPOS

A l'heure où nous allons quitter notre vieille École nous éprouvons un indéfinissable sentiment : L'agonie de notre vie d'étudiant jette une note de mélancolie sur la joie que déclanche le succès définitif. En regardant avec une certaine pusillanimité l'austère chemin de notre vie future, nous ne pouvons nous empêcher de nous retourner une dernière fois vers ce passé universitaire si plein d'attraits intellectuels et d'ardeurs juvéniles. Aussi est-ce avec une émotion véritable que nous adresserons aux maîtres éminents de cette illustre Ecole un merci respectueux et profond, un merci plein d'admiration.

Qu'il nous soit ici permis d'adresser à M. le Professeur De Rouville un mot de sincère gratitude pour nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Et maintenant c'est vers vous nos si chers disparus que vont toutes nos pensées reconnaissantes. Quand la fatalité vous arracha à notre tendresse, Père bien-aimé, vous aviez déjà eu le temps de nous inculquer les grands principes que vous souhaitiez à la base de notre vie. C'est grâce à vos conseils que nous avons pu surmonter les difficultés parfois âpres qui se dressèrent sur notre chemin ; c'est votre mémoire sacrée qui nous a soutenu aux heures de découragement ; c'est vous qui nous avez fait ce que nous sommes. Notre bonheur sera grand si nous parvenons dans notre carrière à égaler les vertus dont vous nous avez constamment donné l'exemple et ce bonheur sera grand car vos vœux seront alors comblés.

C'est vers ta tombe aussi, notre Joseph, notre frère si tendrement chéri que s'envole aujourd'hui le meilleur de notre âme. Que cet humble travail soit un hommage de notre amour éternellement vivace.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

« L'inversion du vagin est le prolapsus complet de cet organe, lequel se retourne en doigt de gant et fait saillie à la vulve en formant un véritable sac herniaire dans lequel peuvent descendre les viscères pelviens » Telle est la définition de Guibal. Celle de Philander A. Harris est conçue en termes à peu près semblables, il ajoute cependant que « la dénomination d'inversion du vagin ne devrait être appliquée qu'aux cas où l'utérus a été enlevé en totalité ou en partie. »

Les deux derniers mots « en partie » nous paraissent être de trop. Nous ne voulons nous occuper ici que de l'inversion du vagin totale, de celle survenant après l'hystérectomie, et on pourrait ajouter après l'hystérectomie vaginale.

Il n'est pas rare en effet, et Guibal y insiste très justement d'observer une récurrence du prolapsus vaginal où vésical après l'hystérectomie abdominale ou vaginale. Mais il s'agit alors surtout de cystocèle, associée au prolapsus d'une portion plus ou moins considérable des parois vaginales antérieure ou postérieure. A tous points de vue, aussi bien fonctionnel qu'anatomique, il y a loin entre ces prolapsus partiels et le prolapsus complet du vagin, retourné en doigt de gant, formant un sac herniaire profond dans lequel descendent les anses intestinales et généralement associé à une hernie complète de la vessie.

C'est ce dernier seul que nous étudions et comme nous le verrons plus loin, sans qu'aucune raison permette d'ex-

pliquer pourquoi la voie vaginale est seule en cause ; tous les cas d'inversion du vagin publiés jusqu'à ce jour sont survenus après des hystérectomies vaginales.

Il s'ensuit donc que pour être complète la définition de l'inversion du vagin doit être la suivante :

« L'inversion du vagin est le prolapsus complet de cet organe, lequel se retourne en doigt de gant et fait saillie à la vulve en formant un véritable sac herniaire dans lequel peuvent descendre les viscères pelviens, alors que l'utérus a été auparavant enlevé en totalité. »

Malgré de nombreuses recherches bibliographiques nous n'avons pu trouver que huit observations d'inversion du vagin.

Philander A. Harris de Paterson en a le premier en 1907 dans l'*American Journal*, of obstétrics, publié deux observations.

Deux auteurs allemands **Stratz** en 1908 et **Brose** en 1909 apportent l'un, une observation, l'autre deux, d'inversion du vagin.

Holleman d'Amsterdam fait ensuite à ce sujet en 1909, quelques mois après Brose, une communication écrite.

En 1910 enfin le Professeur **Tuffier** présente à la société de chirurgie de Paris (décembre 1919) l'observation si détaillée et le remarquable rapport de **Guibal** qui pour la première fois fait une étude complète de la question. Ce rapport a suscité quelques discussions que nous rapporterons plus loin, et a amené **Routier** dans la même séance et **Vauverts** deux semaines plus tard a publié chacun une observation ancienne, l'une celle de Routier datant de 1887, l'autre celle de Vauverts datant de 1903.

Monsieur le Professeur **de Rouville**, le 12 décembre 1919, a publié à la société de sciences médicales de Montpellier une observation nouvelle d'inversion du vagin que

nous joignons ici aux huit autres déjà connues; observation qui fait la base de notre travail.

C'est à dessein que nous n'avons pas conservé le titre que les auteurs Allemands et Guibal avaient donné à leurs publications. Le terme de « inversion du vagin consécutive à l'hystérectomie » avait provoqué quelques malentendus au sujet de la pathogénie de cette affection. C'est pour les éviter à nouveau que nous avons fait une petite modification à la terminologie devenue presque classique.

Nous nous sommes beaucoup attaché à la publication in extenso de toutes les observations connues tant françaises qu'étrangères. Pour ces dernières une traduction littérale en a été faite.

Nous avons classé nos observations d'après les diverses méthodes opératoires.

1° 3 cas d'abstention opératoire.

(Holleman - Routier - Vauverts.)

2° 2 cas de colpoxie ligamentaire

(Philander A. Harris.)

3° 4 cas de colpectomie avec réfection périnéale,

(Stratz - Brose - Guibal - de Rouville.)

Observations d'abstention opératoire

OBSERVATION I

W. Holleman (d'Amsterdam). - Communication écrite
le 12 juin 1909

Madame S..., veuve, 46 ans, opérée en juin 1903 pour un prolapsus utérin total avec un fibromyome du col de l'utérus et deux pyosalpingites.

L'utérus est extirpé par voie vaginale et les deux pyosalpingites sont incisées parce qu'elle ne peuvent être enlevées.

Le vagin et le péritome sont drainés, guérison après 4 semaines.

Après deux ans, la malade est revenue avec une inversion du vagin, dans laquelle était de l'intestin, pas du tout la vessie ni le rectum.

J'ai appliqué un pessaire avec lequel elle va très bien jusqu'ici.

OBSERVATION II

Routier (*société de chirurgie*, 7 décembre 1910 p. 1220)

Une infirmière des hopitaux âgée de 23 ans, souffrait d'un prolapsus de l'utérus survenu à la suite d'un accouchement.

En 1886, mon collègue et ami Segond pratiqua à cette

malade l'opération du raccourcissement des ligaments ronds, puis il fit une élytrorrhaphie.

En 1887, époque, où je la vis pour la première fois, le prolapsus était revenu total ; elle souffrait surtout de la cystocèle concomitante.

J'essayai d'abord divers pessaires sans succès.

En juin 1887, je pratiquai chez cette femme l'opération de le Fort, qui ne réussit pas bien : la moitié de la suture céda.

En août 1887, je fis une périnéorrhaphie très large qui réussit très bien. Tout semblait remis en place, elle alla au Vézinet.

Mais elle revenait bientôt, et son prolapsus total s'était reproduit, elle avait même cette hypertrophie spéciale du col avec ulcération.

C'est ce qui me décida à pratiquer chez elle le 13 octobre 1887 l'hystérectomie vaginale.

Elle resta guérie plus longtemps : mais six mois après, en 1888, la cystocèle était très prononcée, et la cicatrice vaginale était hors de la vulve,

En février 1888, j'essayai à nouveau une opération de le Fort : le résultat fut encore partiel.

En désespoir de cause, je fis porter à cette malheureuse un pessaire Borguiet ; ce fut la seule façon de la soulager.

Je l'ai revue il n'y a pas longtemps, elle est restée fidèle au pessaire Borguiet, dont elle ne se sert plus que lorsqu'elle fait des travaux pénibles.

OBSERVATION III

Vauverts (*écho médical du nord*, 9 juillet 1911)

Madame S., 40 ans. Toujours bien réglée. Premier accouchement gémellaire à 29 ans, normal. Second accouchement vingt six mois après, normal. Troisième accou-

chement cinq ans après le second : gros enfant, application de forceps.

Un an après le troisième accouchement, M. S... ressent quelques douleurs dans le ventre et s'ap-çoit "que la matrice descend un peu". L'application d'un pessaire de "Dumontpallier" amène un soulagement. Depuis quelques semaines, le pessaire exerce une pression douloureuse sur l'anus et ne peut plus être supporté. Parfois se produisent quelques difficultés à la miction. Leucorrhée abondante.

Etat actuel (4 juillet 1901). Prolapsus vaginal faisant une forte saillie à la vulve, surtout formé sur la paroi antérieure du vagin, la portion postérieure de celui-ci est beaucoup moins prolabée. La muqueuse recouvrant la portion qui fait saillie à la vulve est épaissie rouge et présente des exulcérations. Le col utérin est légèrement abaissé et présente deux énormes lèvres avec ectropion.

Les 26 et 27 juillet, à l'époque des règles, la miction devient impossible et je dois sonder la malade.

A partir du 3 août, je mets la malade au lit et, à partir du 4 je dilate le col avec des lamineaires.

Opération (8 août 1901) — La cavité utérine a une longueur de 8 centimètres ; l'hypertrophie porte sur les portions sous-vaginale et intra-vaginale du col. Présection du col par la méthode de Schröder, en sacrifiant une notable épaisseur du parenchyme cervical. Colporraphie antérieure avec sutures au catgut. Colpopérinéorrhaphie postérieure ; je vais à la recherche des releveurs et la plaie d'avivement est fermée par des sutures au catgut pour la muqueuse, au crin pour la peau.

Les suites de cette opération furent simples et apyrétiques. Le 30 août la cicatrisation était complète ; mais une désunion superficielle des lèvres de la plaie s'était produite au niveau de la peau. Le périnée présentait à cette époque, une certaine épaisseur, l'utérus était en position

normale ; le col était petit. L'état général était bon. Il n'y avait aucune douleur ni aucune perte leucorrhéique. L'opérée est autorisée à se lever.

Le 13 septembre je constate que l'orifice vulvaire est trop large et que la paroi vaginale commence à bomber un peu au dehors. L'utérus est petit non douloureux et ne sécrète aucun liquide. Une bougie de Hégar, n° 11 traverse facilement le col.

Le 13 novembre, le prolapsus vaginal antérieur s'est accru. Il n'y a aucune douleur. Les règles sont venues normalement.

Le 10 janvier 1902, la cystocèle vaginale continue à progresser.

Vers le milieu de 1902 apparaissent des douleurs abdominales dont l'intensité croît progressivement et qui augmentent au moment des règles, forçant la malade à s'aliter à ce moment. Ces douleurs siègent surtout à droite. Une leucorrhée abondante a réapparu. Les règles sont profuses.

Au début de 1903, les douleurs sont intenses, rendant tout travail impossible. Le prolapsus vaginal, plus accusé intéresse les deux parois du conduit mais avec prédominance nette pour l'antérieur. L'utérus est à peine descendu. En arrière de lui, on trouve des masses volumineuses et douloureuses.

Le 18 janvier 1903, j'interviens avec l'intention de pratiquer une hystérectomie vaginale, d'enlever les annexes malades et de terminer par une opération plastique sur le périnée. Le vagin étant incisé autour du col, je décolle à l'aide du doigt la face postérieure de celui-ci, puis je commence à inciser sur la ligne médiane la paroi cervicale postérieure, de façon à exécuter la bascule postérieure de l'utérus (procédé de Doyen). Au cours de ce décollement j'effondre une poche renfermant un verre à vin de pus séreux inodore, mélangé de grumeaux. Le doigt, introduit

dans cette poche dont la paroi est lisse, constate qu'au dessus et à droite existe une autre collection que j'effondre et d'où s'écoule un flot de pus inodore bien lié. Je renonce à pratiquer la bascule postérieure de l'utérus qui retenu dans la profondeur, ne peut être abaissé sous la traction des pinces. J'ouvre par effraction le cul-de-sac vésico-utérin et je protège la vessie à l'aide d'une longue valve ; puis j'incise la lèvre antérieure du col sur la ligne médiane. L'utérus ne s'abaissant pas et étant retenu à droite je me décide à le faire basculer à gauche et, à cet effet, je sectionne par étages le ligament large gauche après mise en place de trois pinces. Il m'est alors aisé d'amener l'utérus et de pincer, puis de sectionner le ligament large droit.

L'infection du champ opératoire par le pus qui s'était écoulé contre indiquait toute tentative de restauration colpo-périnéale. Je remis donc celle-ci à plus tard et je me contentai de fixer par des catguts la tranche antérieure du vagin aux moignons des ligaments larges, de façon à remonter un peu et à fixer la vessie.

Les suites de cette intervention furent simples et apyrétiques (sauf une élévation de la température à 39°6, qui se produisit, sans cause connue, le soir du 21 avril). La malade sortit de la maison de santé, le 4 mai en excellent état.

Le 27 mai, l'état général était parfait ; l'opérée ne souffrait plus ; tout écoulement avait cessé ; la cystocèle vaginale existait encore mais moins marquée qu'avant l'opération (l'opérée jusqu'ici s'était maintenue au repos).

Le 29 janvier 1904, le prolapsus a repris le volume qu'il avait avant l'intervention. L'opérée a grossi de 3 kilogs, elle ne ressent aucune douleur malgré un travail fatigant ; elle n'éprouve pas de troubles notables dus à la ménopause artificielle.

En 1910 l'inversion du vagin est complète ; mais l'opérée qui maintient cette inversion réduite plus ou moins complètement à l'aide d'un tamponnement d'ouate et qui ne souffre pas, refuse toute intervention.

Observations de Colpopexie ligamentaire

OBSERVATION IV

Philander A. Harris de Paterson (*American journal, of obstetrics* 1907, t. LVI, p. 118)

La femme se présenta avec une inversion du vagin quatre ans après que l'auteur lui eut enlevé l'utérus pour fibromes par voie vaginale. Jamais, avant l'hystérectomie, l'utérus n'était apparu hors de la vulve. Cependant depuis l'hystérectomie elle avait consulté un autre médecin qui avait pratiqué une opération plastique sur le vagin, à cause de l'inversion, mais sans résultat.

Opération le 4 septembre 1906 : le vagin est d'abord désinfecté, puis réduit en place et bourré de gaze pour le distendre. Une incision suspubienne est faite, les ligaments ronds sont disséqués. Un trou est fait de chaque côté du vagin, près du fond. Le ligament rond du côté droit est passé dans ces ouvertures de droite à gauche et le ligament gauche est passé pareillement de gauche à droite. Chaque extrémité libre est attirée en avant et suturée à la partie antérieure de l'autre ligament ; des points de catgut les fixent également à travers la paroi vaginale entre les niveaux d'immersion et d'émergence. On termine par une périnéorrhaphie. Quand la malade quitta l'hôpital, le fond du vagin était placé si haut qu'on ne pouvait l'atteindre avec le doigt explorateur. Trois mois après, on ne notait aucun prolapsus, ni de la vessie, ni du rectum, ni des parois vaginales. Depuis la malade n'a pas été revue.

- OBSERVATION V

Philander A. Harris de Paterson (*american journal, of obstetrics* 1907, t. LVI, p. 118)

Le dernier cas concerne une femme qui avait souffert, plusieurs années durant, d'un prolapsus utérin et qui avait subi l'hystérectomie vaginale moins d'un an avant que l'auteur la vit. Ce dernier trouva une inversion complète du vagin. Il pratiqua l'opération de la même manière que dans le cas précédent, sauf qu'il dénuda de sa muqueuse le fond du vagin avant de le transfixer avec les ligaments et qu'il omit, de propos délibéré, la périnéorrhaphie dans le but de voir quels résultats donnerait la seule intervention sus-pubienne. Le vagin fut fixé haut, comme dans le cas précédent, mais il reste un certain degré de rectocèle pour laquelle l'auteur pratiqua la périnéorrhaphie avant de laisser la malade quitter l'hôpital. Le résultat immédiat fut excellent mais il était encore trop tôt pour juger des effets éloignés de l'opération.

Aux opérateurs qui voudraient pratiquer la fixation du vagin par les ligaments, l'auteur conseille de faire préalablement comme lui, la dénudation muqueuse du fond du vagin.

Considérant que l'inversion du vagin succède à nombre d'hystérectomies pour prolapsus utérin, l'auteur conseille de pratiquer, dans ces conditions, la fixation du dôme vaginal ou du col utérin par les ligaments ronds. Cette fixation est facile quand on réalise l'hystérectomie par voie sus-pubienne ; elle est probablement moins aisée quand on choisit la voie vaginale. Aussi, lorsque le chirurgien n'est pas certain de pouvoir exécuter cette fixation du dôme vaginal dans l'hystérectomie basse pour prolapsus, doit-il préférer la voie haute ?

La colpocléisis est, sans nul doute, la méthode la plus efficace de guérir l'inversion du vagin, mais la perte de fonction qui s'ensuit constitue un inconvénient grave à son actif. Avec la colomnisation du vagin, méthode de Le Fort, les résultats sont d'autant meilleurs qu'on a supprimé une portion plus grande de muqueuse ; mais si dans les bons cas, l'inversion du vagin est guérie, par contre la fonction est perdue.

Les résultats obtenus par nombre de chirurgiens d'opérations dans lesquelles l'élément essentiel était la fixation de la vessie à la paroi abdominale montrent le bénéfice dû à ce procédé.

Les résultats excellents cités par deux chirurgiens en suturant les ligaments sacro-utérins et ronds au dôme vaginal ou au moignon cervical montrent que ce procédé mérite d'être imité.

Observations de Colpectomie avec réfection périnéale

OBSERVATION VI

Stratz (La Haye) (Zentralblatt für Gynaekologie 1908,
10 octobre, p. 1334)

Il s'agit d'une femme de 68 ans, se plaignant d'un « ballon » qui était apparu entre ses cuisses, douloureux, tantôt gros, tantôt petit et causant de grands maux. 20 ans avant on avait pratiqué l'hystérectomie va-

ginale pour des hémorragies ; celles-ci avaient diminué, mais elles persistaient encore à un degré modéré.

On notait un gros prolapsus, légèrement ulcéré à son sommet. Vers sa pointe étaient deux orifices fistuleux, finissant en cul-de-sac, entre lesquels s'étendait une cicatrice linéaire et régulière. A la percussion sonorité de tout le prolapsus, à l'exception de son tiers antérieur au voisinage de l'urèthre.

Après réduction, la palpation bimanuelle ne percevait aucun espèce d'organe, sinon deux cordons minces, enroulés s'étendant à gauche et à droite des orifices susmentionnés.

A 10 centimètres environ au-dessus du périnée le collet de l'inversion se rétrécissait si fort qu'on pouvait y passer facilement un doigt, mais deux avec difficulté.

Une sonde conduite dans l'urèthre ne se laissait pousser dans le prolapsus que sur deux centimètres environ ; le rectum n'envoyait aucun diverticule dans le prolapsus.

Il s'agissait donc d'une inversion totale du vagin, après une extirpation vaginale totale, pleine d'anses intestinales, sans rectocèle, ni cystocèle ; donc d'une entérocele pure.

Quoique, je sois assez souvent à même de revoir des extirpations totales opérées par moi ou par d'autres, c'est le premier cas où j'ai observé l'inversion du vagin consécutive. Les cas de ce genre semblent être particulièrement rares, puisque, parmi mes compatriotes, Trenb et Holleman sont les seuls à avoir observé un cas semblable.

Dans la littérature je ne trouvais rien là-dessus ni aucune donnée sur le traitement opératoire. Dans le cas présent il me semble logique d'agir selon les règles suivies en général dans les cures de hernie, c'est-à-dire de supprimer radicalement le sac herniaire.

Opération. Position de la taille, incision circulaire du vagin, commençant juste en arrière du méat et dissection

prudente, ouverture du péritoine. Les cordons sentis auparavant apparurent de nature purement ligamentaire, sans qu'on puisse affirmer s'ils provenaient du ligament rond, de la trompe ou d'un débris ovarien.

L'entonnoir cruenté s'étendait jusqu'au point rétréci, lequel correspondait probablement au point d'attache des ligaments rétro-utérins. La suture fût ainsi faite : d'abord réunion de la paroi postérieure de la vessie à la paroi antérieure du rectum par des fils passés de droite à gauche, sur quatre étages différents.

La partie superficielle de la plaie fut suturée par trois étages de fils, d'avant en arrière.

Malgré la médiocrité des tissus la guérison se fit sans réaction.

Après la guérison on sentait par le rectum et l'urètre, une cloison haute de dix centimètres, reconnaissable par ce fait que la suture péritonéale, la plus élevée, faite à la soie fine était facile à sentir.

OBSERVATION VII

Brosse (*Soc. d'obst. et de Gyn. de Berlin*, 8 janvier 1909)
(analysé in revue de chir, 1909, t. XL, p. 832.)

Brossé a observé deux fois l'entérocele vaginale à la suite de l'hystérectomie pour prolapsus. Dans un cas elle apparut trois mois après l'opération. Dans le second se déclarèrent des accidents graves ; un jour, la paroi de la hernie se sphacéla, il y eut perforation avec issue et étranglement de l'intestin. Brosse réduisit l'intestin, extirpa la paroi vaginale en entier et reconstitua le périnée de la façon suivante : il sutura les bords du releveur de l'anus, suture facile en arrière, mais pénible en avant, près de l'urètre à cause de l'écartement des bords des muscles, à

ce niveau. Cette suture profonde faite, Brosse extirpa les petites lèvres et rénnit, par-dessus le diaphragme pelvien, les bords avivés des grandes lèvres. L'espace compris entre l'anus et l'urètre se trouva fermé par un double plan musculaire et cutané, qui rendait toute hernie impossible.

OBSERVATION VIII

P. Guibal (*Archives générales de chirurgie*,
janvier 1911, p. 24)

Madame P., veuve, âgée actuellement de 60 ans, eut une déchirure du périnée, lors de son dernier accouchement, il y a 25 ans. Huit ans plus tard, il y a donc 17 ans, on pratiqua, sous chloroforme, une périnéorrhaphie pour combattre un léger degré de cystocèle. Il semble, au dire de la malade que l'opération fut de peu d'importance et qu'elle consista dans un avivement peu étendu, avec deux ou trois points de suture superficiels. Le prolapsus se reproduisit rapidement et il augmenta peu à peu, de sorte qu'il y a cinq ans, l'utérus pendait hors de la vulve.

Il y a trois ans on fit l'hystérectomie vaginale, avec ligature des vaisseaux à l'aide de fils de soie dont les chefs, laissés libres dans le vagin, furent coupés au bout d'un mois.

Trois mois après cette opération, on en pratiqua une autre qui dut être une colpo-périnéorrhaphie par dédoublement, sans colporraphie antérieure. En effet, je n'ai pas observé sur la surface vésicale la ligne cicatricielle que cette dernière n'aurait pas manqué d'y laisser.

Les suites de cette dernière intervention sont simples, mais dès son lever la malade constate à la vulve une petite masse faisant saillie ; celle-ci va en augmentant rapidement, en même temps que s'installent des troubles de la miction : fréquence, difficulté à satisfaire le besoin, né-

cessité de presser sur la masse pour achever la miction et vider la vessie. Rapidement la masse prolabée acquiert des dimensions considérables gênant la marche et empêchant tout travail.

C'est en janvier 1909 que je vois cette malade pour la première fois.

Elle se plaint de marcher difficilement et d'éprouver, quand elle est debout, une pesanteur grande dans le bas-ventre et surtout dans les reins ; elle est obligée de rester assise presque tout le jour et de renoncer à son commerce qui la forcerait de se tenir debout constamment. A part son infirmité, la santé générale est excellente : haute stature, tissus fermes, pas de ptoses viscérales.

La malade mise en position d'examen gynécologique, on voit entre les cuisses une masse du volume d'une très grosse orange, qui est la muqueuse vaginale retournée et ayant gardé sa coloration normale. La tumeur est régulièrement arrondie ; au palper on la sent modérément tendue. Elle mesure douze centimètres dans le sens vertical, dix dans le sens transversal et sa circonférence est de 31 centimètres. Sa saillie, hors de l'orifice vulvaire, est de 7 centimètres. Elle cache en haut le clitoris, affleure en bas l'anus, déborde latéralement les grandes lèvres. La toux y produit une impulsion nette, constatable à la vue et au palper ; l'effort provoque la tension de la masse.

La palpation lui reconnaît une consistance pâteuse et permet d'y distinguer deux portions très nettes : une antérieure, formant le tiers de la masse, qui est manifestement la vessie prolabée ; l'autre postérieure, qui répond au vagin inversé. La portion vésicale est rénitente car elle contient de l'urine en permanence ; alors même que le malade vient à peine d'uriner : elle ne peut, en effet, vider complètement la vessie qu'en pressant avec la pleine main sur la masse prolabée et en la refoulant dans le ventre. Cette portion vésicale est naturellement mate à la

percussion. Enfin, elle se termine en arrière par une ligne semi-circulaire à convexité postérieure.

La deuxième portion de la tumeur, portion vaginale proprement dite, formant les deux tiers de la masse, est légèrement sonore à la percussion; la palpation donne une sensation pâteuse, comme dans certaines grosses hernies contenant des anses intestinales peu tendues. En pressant sur elle, on la vide de son contenu en produisant un gargouillement révélant la nature intestinale de ce dernier; en outre, de tendue qu'elle était, la hernie vaginale devient flasque et ridée, parcourue par de gros plis à direction transversale.

Si l'on pince alors la paroi, on lui trouve l'épaisseur habituelle d'une paroi vaginale normale; de plus, on perçoit, en dedans faisant corps avec cette paroi, un cordon tendu transversalement ayant l'épaisseur de l'index, occupant toute la largeur de la masse et se perdant en haut sur les parois latérales de l'excavation; ce cordon est totalement indolore.

Je ne savais à quel organe rapporter la sensation ainsi perçue : intestin grêle, côlon pelvien adhérent, trompes et ovaires laissés en place ? L'opération me montra, comme je le dirai tout à l'heure qu'elle était due à un repli péritonéal formé par les ligaments larges et les ligaments ronds étirés.

J'ajouterai que la paroi vaginale répondant à la ve sie est lisse, étirée très amincie, et il est manifeste qu'on n'en a pas pratiqué la résection dans les interventions antérieures; en effet, la cicatrice révélatrice fait défaut.

Sur la partie la plus saillante du sac vaginal retourné, point qui répond au sommet du dôme vaginal, on voit une cicatrice transversale, longue de cinq centimètres environ, large de cinq millimètres, terminée à chaque extrémité par une petite élévation : c'est la cicatrice de l'hystérectomie.

Si l'on suit la hernie dans la profondeur, on la sent resserrée par l'orifice vulvaire, lequel est retréci et admet avec peine trois doigts. Mais le périnée manque de solidité et d'épaisseur, à tel point que la paroi vaginale et la paroi rectale sont au contact, comme on s'en rend compte par le toucher rectal combiné au toucher vaginal. Les muscles releveurs dont on trouve la corde contre les branches pubiennes, n'ont certainement pas été rapprochés par la périnéorrhaphie qui n'a dû porter que sur les parties superficielles du périnée.

La profondeur du vagin mesure environ cinq centimètres et c'est à cette hauteur que sa paroi se retourne en doigt de gant et s'invagine à l'extérieur.

La réduction de la masse est aisée et il n'y a pas de collier de l'invagination. Cette réduction est assez douloureuse. Je puis alors sonder la vessie, car le méat était caché par la hernie, et la vessie repliée au niveau du col, ne recevait pas la sonde. Je retire 80 gr. d'urine claire.

La masse sort spontanément au moindre effort de toux, ou de poussée, ou dès que la malade se soulève sur son séant ou met les pieds à terre. C'est la vessie qui se présente d'abord et qui entraîne le vagin à sa suite ; celui-ci se déroule d'avant en arrière.

Le toucher rectal montre que le rectum ne participe pas à la hernie et qu'il garde sa direction et ses rapports normaux. J'ajouterai enfin que la direction de l'urèthre n'est pas modifiée et que le prolapsus de la vessie commence seulement au niveau du col.

J'explique à la malade le genre d'opération que j'estime lui mieux convenir : ablation totale du vagin et occlusion complète de la vulve ; elle accepte, car elle est veuve est âgée et elle tient surtout à être débarrassée de la gêne et de la fatigue que lui procure son infirmité.

Opération le 23 janvier 1909. Chloroforme. Je mène une incision circulaire passant : en avant à un centimètre

derrière le méat, en arrière à la limite muco-cutanée de la fourchette, en dehors à la limite interne des grandes lèvres en sacrifiant la majeure partie des petites lèvres. Je décolle la paroi vaginale postérieure d'avec le rectum jusqu'au péritoine que je rencontre à cinq centimètres de profondeur. Ce temps est long et délicat à cause de l'adhérence des deux organes par un tissu cicatriciel serré, reste des opérations antérieures dans lequel s'enfoncent des dépressions de la cavité vaginale.

Sur les côtés, au contraire, la décollement du vagin se fait en quelques instants car il existe, entre ce dernier et l'aponévrose des releveurs, un plan de clivage où le doigt enfonce aisément, sans expansions aponévrotiques unisantes.

Il faut beaucoup de temps et de patience pour séparer le vagin de l'urètre et de la vessie, car la paroi vaginale est intimement adhérente, distendue est très amincie, et elle se déchire sous la pince. Il n'existe un vague plan de clivage que tout en arrière au voisinage du péritoine.

Un détail intéressant : le dôme vaginal se laisse détacher facilement du péritoine, lequel est épaissi et séparé de la paroi vaginale par un plan de clivage assez lâche. Je pourrais facilement pratiquer la colpectomie totale sans ouvrir le péritoine.

Ce dernier est incisé transversalement, en arrière de la vessie. Il forme, en ce point, entre la vessie et le rectum, un cul-de-sac profond qu'on attire sans peine hors de la vulve ; une anse intestinale y est contenue, je la repousse et la tiens par une compresse montée. Le sac herniaire péritonéal communique largement avec la grande séreuse ; il n'y a pas profondément de point rétréci, pas de collet.

Vers le milieu du sac péritonéal, ainsi vu par sa face interne, sa face intestinale, l'on voit un repli transversalement étendu d'un bord à l'autre de l'excavation, recou-

vert de séreuse, de consistance charnue, de la grosseur de l'index. J'ai dit plus haut quelle sensation il donnait au palper. Je me rends compte que ce ne sont ni les annexes, ni une anse intestinale adhérente. Cette saillie est formée par le moignon des ligaments larges, adhérents à la cicatrice que nous avons indiquée plus haut, sur le fond du dôme vaginal, et entraînés et étirés par le prolapsus ; aucun vaisseau ne bat dans son épaisseur, je sens, enfin s'en détacher sur la paroi latérale, deux cordons effilés et amincis qui sont les ligaments ronds.

Je ressèque le cul-de-sac péritonéal au ras de la vessie et du rectum, en ne laissant, en avant, sur les côtés et en arrière, qu'une collerette péritonéale d'un demi-centimètre. Du même coup le cordon sus-décrit est enlevé : quoique sa section ne renferme aucun vaisseau, je mets une ligature de sûreté. La collerette péritonéale est suturée au catgut fin par des fils passés d'avant en arrière. La cavité péritonéale est alors fermée et la vessie se trouve réduite et pour ainsi dire suspendue par son revêtement séreux. Pour assurer cette suspension, je fixe la face inférieure de la vessie dénudée à la paroi antérieure également dénudée du rectum par cinq points passés d'avant en arrière.

Au-des ous, je reconstitue le diaphragme pelvien par une suture soignée des muscles releveurs qui sont bien développés, sur leur moitié postérieure, ou anale, je les dépouille de leur aponévrose afin de ne mettre en contact que des fibres musculaires : mais en avant je suis obligé de laisser l'aponévrose pour fournir un appui solide aux fils, car il faut une traction énergique pour rapprocher ces muscles, et il est à craindre que les points ne coupent les muscles. La suture est assurée par des fils transversaux de gros catgut. Le rapprochement se fait facilement et sans tiraillement grâce à quelques coups de sonde cannelée pour libérer les bords externes des muscles. Dans

leur deux tiers postérieures les muscles s'arrosent largement par leurs faces supérieures; dans leur tiers antérieur ils n'arrivent à se toucher que par leurs bords.

Les deux muscles sont réunis sur toute la hauteur qui va du rectum à un centimètre derrière le méat. Entre le point de suture le plus antérieur et le méat passe un drain, destiné à évacuer la sérosité qui pourrait s'accumuler dans l'espace compris entre la vessie et le péritoine d'une part et les muscles releveurs accolés d'autre part.

Pour terminer, cinq fils métalliques transversaux rapprochent les tissus situés au-dessous des releveurs, c'est-à-dire l'étage moyen et la peau. Ils chargent en même temps les releveurs, renforcent la suture de ces muscles et suppriment tout espace mort entre eux et le plan superficiel.

En somme, la brèche créée par la colpectomie se trouve fermée par une série étagée de quatre plans superposés : le premier est constitué par le feuillet péritonéal ; le second par le corps de la vessie tendue du pubis à la face antérieure du rectum auquel elle est accolée par suture ; le troisième, le plus solide et le plus épais, est formé par deux muscles releveurs, en partie dénudés de leur aponevrose, rapprochés sur une hauteur considérable, de l'anus à la vessie ; le quatrième, enfin, comprend à la fois l'étage moyen du périnée et la peau.

Les deux derniers plans sont solidaires par les fils métalliques; entre eux pas d'espace mort possible ; entre le plan des releveurs et la vessie se trouve un drain de sûreté. Enfin la vulve est complètement fermée.

Les suites sont simples. Une sonde à demeure est mise dans la vessie et enlevée le 6^e jour ; le drain est supprimé le 2^e jour ; la malade est purgée le 4^e ; les fils sont supprimés le 12^e et la patiente se lève le 25^e.

Les suites immédiates et éloignées ont été parfaites. J'ai revue l'opérée douze mois après l'intervention, le résultat

se maintient excellent. Le périnée est solide, ne donnant pas la moindre impulsion à l'effort ou à la toux, le palper combiner au toucher rectal lui fait reconnaître une épaisseur de six à huit centimètres et une solidité à toute épreuve sans le moindre point faible. Au-dessous du méat existe un petit enfoncement d'un demi centimètre de profondeur, admettant avec peine la moitié de la phalange du petit doigt et constituant un vagin rudimentaire. La malade se déclare enchantée de son état; elle peut rester debout toute la journée sans éprouver la moindre fatigue et exercer sa profession sans peine.

OBSERVATION IX

De Rouville et Cohen (*Montpellier Médical*,
13. janvier 1920)

Mme F... 33 ans, veuve; excellente santé habituelle; trois accouchements normaux; au premier: déchirure périnéale incomplète. Dix ans après son dernier accouchement, prolapsus génital progressif, total en 1919: en juin 1919, elle rentre à l'hôpital de la Conception, à Marseille, où M. le docteur Reynès pratique l'hystérectomie vaginale. vingt cinq jours après l'opération Mme F... sort de l'hôpital et reprend immédiatement son travail de ménagère. Quinze jours plus tard elle éprouve de nouveau une gêne croissante dans la région vulvo-vaginale; une nouvelle tumeur apparaît, à ce niveau, dont le volume va tous les jours croissant et augmente dans la station debout et pendant les efforts; la miction est de plus en plus empêchée, et le secours de la main devient nécessaire pour vider la vessie. Le 7 octobre 1919, elle vient consulter M. de Rouville qui pose le diagnostic d'inversion du vagin.

A l'examen on trouve une tumeur molle, dépressible,

que tapisse la muqueuse vaginale avec ses plis transversaux caractéristiques; elle a le volume d'une petite orange mais si la malade pousse, elle acquiert le volume d'un gros poing, lisse par affaissement des plis transversaux; une cicatrice transversale de 5 à 6 centimètres, sise au sommet de la hernie, la divise en deux parties, l'une antérieure vésicale, l'autre postérieure intestinale (entéroccèle : aux deux extrémités de la cicatrice existe une dépression de la tumeur à laquelle fait suite un cordon (ligament large et rond; la hernie très évasée dans sa portion extra-vulvaire, se rétrécit légèrement au niveau des releveurs qui lui forment comme un large collet. Elle est totalement et aisément réductible. Au niveau du plancher pelvien, le vagin est resté adhérent et cette portion du conduit vaginal ne fait pas partie de la hernie.

Le 30 octobre anesthésie à l'éther goutte à goutte, M. de Rouville pratique la colpectomie totale qu'il fait suivre d'une solide restauration périnéale à quatre plans.

La malade veuve depuis plusieurs années, dûment prévenue du résultat anatomique de cette intervention l'accepte sans hésitation.

(a) **Colpectomie.** — La séparation du vagin d'avec les parois voisines s'est fait avec la plus grande facilité. Dissection de la paroi postérieure au bistouri, aux ciseaux au doigt, jusqu'au péritoine exclusivement; idem pour les parois latérales; la dissection de la paroi antérieure est malaisée en avant, mais au fur et à mesure qu'elle progresse, elle devient de plus en plus facile; résection du cul-de-sac péritonéal auquel seul reste uni le fond du vagin isolé de toutes parts, sur les côtés le vagin est également retenu par les deux cordons signalés plus haut: on lie et on coupe ces cordons qui représentent les ligaments insérés à même le vagin.

b) *Restauration du périnée.* — a) suture du péritoine en bourse.

b) suture à l'aide de 3 fils de catgut de la face inférieure de la vessie à la face antérieure du rectum.

c) suture du releveur, depuis l'anus jusqu'au méat urétral, après incision de l'aponévrose inférieure, et son isolement du muscle à la sonde cannelée ; l'aiguille entre ainsi et sort par l'aponévrose sur laquelle les catguts trouvent un point d'appui solide et ne risquent pas de déchirer les muscles mis en contact par les bords avisés.

d) suture du périnée superficiel ; comme dans toutes ses périnéorrhaphies, M. de Rouville suture le périnée superficiel aux crins de Florence (2 crins de Florence par point, qui ont traversé, dans la profondeur, les relèyeurs suturés, et solidarisé ainsi les 2 plans inférieurs de restauration périnéale de l'anus au méat.

Soins consécutifs. — Une couche de teinture d'iode dédoublée sur la ligne de suture ; pansement à plat, sonde à demeure ; constipation par l'extrait thébaïque ; au dixième jour purgation ; au douzième jour ablation de la sonde à demeure et des crins de Florence.

Aucun incident postopétoire ; pas la moindre ascension thermique ; l'opérée se lève au vingtième jour, en parfait état.

ETIOLOGIE

L'inversion du vagin survenant chez des hystérectomisés, constitue une éventualité vraiment exceptionnelle.

Les cas publiés sont rares puisque nous avons réunis ici toutes les observations connues aussi bien en France qu'à l'étranger et que nous n'avons pu en grouper que neuf.

Guibal emploie les termes de « pauvreté d'indications bibliographiques de pénurie d'observations ».

Stratz à la suite de son observation écrit : « Bien que j'ai eu souvent l'occasion d'examiner des malades auxquelles j'avais fait des hystérectomies totales, c'est le premier cas où je vois se produire ultérieurement une inversion totale du vagin. De pareils cas sont rares puisque de tous mes collègues d'ici Treub et Holleman seuls en ont observé de semblables. Je ne trouve rien à ce sujet dans la littérature médicale et rien non plus en ce qui concerne les indications opératoires éventuelles ».

L'âge des malades n'est pas signalé dans toutes les opérations. La malade de Proutier seule est jeune : il s'agit d'une infirmière de 23 ans, nous arrivons à 45 ans pour le cas de Vauvers, 46 Holleman, 53 de Rouville, 60 Guibal, 68 Stratz.

L'inversion du vagin a toujours succédé à l'hystérectomie vaginale. Pourquoi ? C'est là un fait inexplicable, indéniable cependant. Rien pourtant ne permet de comprendre pourquoi la voie vaginale est seule en cause.

Sept fois sur neuf, sauf erreur, c'est pour prolapsus

total de l'utérus que l'hystérectomie vaginale avait été faite. Dans deux cas seulement l'utérus n'était pas prolapsé, or ces deux cas sont assez peu nets et les auteurs peu explicites à leur sujet. Philander A. Harris nous signale simplement que l'intervention avait été pratiquée pour fibromes. Stratz nous dit que vingt ans auparavant l'hystérectomie avait été pratiquée pour des métrorragies.

On peut donc admettre, comme le faisait remarquer très justement Potherat à la Société de Chirurgie, que dans tous les cas ou presque il s'agit d'hystérectomie vaginales faites pour remédier à un prolapsus complet de l'utérus. La neuvième observation que nous apportons ne fait que consolider cette notion étiologique qui aura son importance au chapitre de la Pathogénie.

Très variable est le temps qui s'écoule entre le jour ou est pratiquée l'hystérectomie et celui où l'inversion vaginale est complètement constituée. Chez notre malade un mois et demi à peine s'est écoulé. Ce temps n'était que de 4 mois chez la malade de Guibal, 3 mois chez celle de Brose, moins d'un an (2^e observation de Harris) un an (Vauverts), 2 ans (Routier-Holleman), 4 ans (1^{re} obs. Harris), 20 (Stratz). Mais pour ces deux dernières le temps donné correspond à l'époque où ces chirurgiens ont vu leur malade et non à celle inconnue où l'inversion a apparue.

On peut donc conclure que l'inversion se produit en moins d'un an après l'hystérectomie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La définition même que nous avons adoptée de l'inversion du vagin donne quelque idée des lésions consécutives à cette inversion. Il se forme en effet un véritable sac herniaire faisant saillie à la vulve.

Si nous envisageons d'une façon très générale et d'un coup d'œil rapide l'anatomie du plancher pelvien, nous voyons que le diaphragme pelvien forme, en somme, un plan musculaire continu, en entonnoir présentant sur la ligne médiane des interstices que traversent les segments inférieurs des organes pelviens. C'est, comme le rappellent MM. Forgue et Massabuau dans leur traité de gynécologie et selon l'expression pittoresque de Faraheuf : une planche à bouteilles laissant passer les goulots, anus, partie inférieure du vagin, còl vésical, s'opposant au contraire au passage des parties renflées : ampoule rectale, dôme du vagin, vessie.

Imaginons qu'à la suite d'accouchements antérieurs, par exemple, cet hiatus ait été forcé, on comprendra facilement que comme dans toute hernie abdominale, sous l'influence de la poussée abdominale ou de la pesanteur seule, ce dôme du vagin puisse faire issue à l'extérieur en s'éversant en doigt de gant. Mais il existe une adhérence spéciale du vagin au niveau de l'hiatus uro-génital, adhérence à l'aponévrose des releveurs ou à la gaine des vaisseaux. Cette adhérence est trop intime et trop solide pour que la poussée abdominale puisse le séparer de ces attaches. Il y a donc inversion complète du dôme du vagin, mais il n'y a pas prolapsus total du canal vaginal.

L'inversion étant constituée nous avons donc à étudier successivement :

- 1° La portion mobile ou sac herniaire ;
- 2° Le collet du sac ;
- 3° La portion fixe ;
- 4° Le contenu du sac.

1° *La portion mobile* comprend le dôme du vagin et toute sa portion située au-dessus des releveurs. C'est elle qui « se retourne en doigt de gant et fait saillie à la vulve en formant un véritable sac herniaire, dans lequel peuvent descendre les viscères pelviens ».

Ce sac est constitué par la partie supérieure du vagin doublée du péritoine pariétal. Son aspect sur lequel nous reviendrons au chapitre suivant est celui d'un ballon nettement divisé en deux portions, l'une antérieure correspondant à la vessie herniée, l'autre postérieure correspondant à l'intestin. Cette portion mobile subit sous l'influence de la poussée abdominale une distension progressive qui arrive à donner au sac une capacité plusieurs fois supérieure à la capacité normale. Il s'ensuit un amincissement assez considérable de la paroi, amincissement surtout marqué au niveau de la vessie dont la dissection est souvent très difficile.

Cette portion mobile peut être subdivisée en deux parties : l'une extra-vulvaire, l'autre intra-vulvaire, toutes deux dilatées et séparées par l'orifice vulvaire plus étroit, donnant ainsi à la hernie un aspect en sablier.

2° *Le collet du sac*, correspond à l'hiatus uro-génital au point de la solide attache du vagin. Il est naturellement plus ou moins perméable suivant l'état de trophicité des releveurs. Chez la malade de Stratz il était tellement étroit qu'un doigt seulement pouvait y pénétrer. Chez la malade de M. de Rouville « la hernie très évacuée dans sa portion extra-vulvaire se rétrécit *légèrement*

au niveau des releveurs qui lui forment comme un *large collet* ». Guibal nous dit que chez sa malade « il était très large et aurait facilement laissé passer le poing fermé ». Autant de considérations intéressantes : le collet du sac peut être en effet l'origine d'accidents d'étranglement. Dans un cas de Brose il en a été ainsi, malheureusement l'auteur ne signale pas quelle était la largeur de l'hiatus.

Cette valeur physiologique des muscles releveurs de l'anus est d'un grand intérêt. C'est en effet sur eux que repose le principal espoir de refaire un périnée solide capable de maintenir les organes herniés et d'empêcher la reproduction du prolapsus « s'ils sont insuffisants a rapporté M. le professeur Tuffier le bénéfice a retirer d'une opération plastique portant uniquement sur le périnée profond est très aléatoire aussi la ventro fixation où la suspension haute du vagin doit-elle être associée à la refection périnéale. Au contraire sont-ils normalement développés, mais largement écartés, comme chez la malade de M. Guibal, on est autorisé à les rapprocher par la suture et à escompter par ce moyen un résultat favorable. »

3° *La portion fixe.* — Comprend toute la partie inférieure du vagin située au-dessous du bord interne des releveurs. Elle est plus haute en arrière où elle atteint de 3 à 6 centimètres. Elle correspond à ce niveau à l'urèthre qui n'est jamais compris dans l'invagination.

4° *Contenu du sac.* — Le sommet du dôme vaginal inversé est constitué par une cicatrice transversale de 3 à 6 centimètres, cette cicatrice est celle de l'hystérectomie. Dans l'observation de M. de Rouville il est relaté que aux deux extrémités de cette cicatrice existe une dépression de la tumeur à laquelle fait suite un cordon mince. Nous notons les mêmes faits dans l'observation de Guibal et dans celle de Stratz. Ce cordon indolore était du dans tous les cas à un repli péritonéal formé

par les ligaments larges et ronds étirés. Chez la malade de Stratz, aux deux extrémités de la cicatrice de l'hystérectomie, existaient deux orifices fistuleux finissant en cul-de-sac. La femme avait été hystérectomisée pour des hémorragies qui persistaient 20 ans après l'intervention, Guibal pense que ces orifices appartenaient à la portion juxta-utérine des trompes, que les hémorragies se produisaient à leur niveau et que les annexes avaient été laissées en place.

Nous avons vu que l'urèthre correspondait à la partie antérieure de la portion fixe du vagin qu'il ne participait jamais à l'inversion grâce à ses attaches pelviennes intimes.

Il n'en est pas de même de la vessie qui est presque constamment herniée. Elle occupe la portion antérieure du dôme vaginal inversé et est limitée en arrière par une ligne semi-circulaire à convexité postérieure. La paroi inférieure de la vessie se distend et s'amincit, condition qui jointe à l'amincissement de la paroi vaginale crée des difficultés pour la dissection.

La partie postérieure du dôme vaginal est toute entière occupée par des anses intestinales prolabées. Cette portion intestinale est de beaucoup la plus importante. Elle comprend en général les $\frac{2}{3}$ de la tumeur. Dans le cas de Stratz il s'agissait d'une entéroccèle pure sans cystocèle. Ça ne paraît pas être le cas le plus fréquent, en général l'inversion du vagin constitue un entéro-cystocèle. Ce sont en tout cas toujours des anses grêles qui sont herniées. Le rectum ne participe jamais à l'invagination ; son intégrité est indiquée partout. Cette constatation est intéressante au double point de vue pathogénique et thérapeutique. Le rectum sert en effet, par ses attaches demeurées solides de moyen de fixation dont l'importance n'est pas à dédaigner dans le 2^e temps de la colpectomie.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous serons très brefs sur l'étude des symptômes de l'inversion du vagin chez les hystérectomisées, qui ne diffèrent en rien de ceux de l'inversion du vagin quand l'utérus existe encore. La seule différence est que le sommet du domo vaginal inversé est constitué par le col utérin dans le second cas, par la cicatrice qu'a laissée l'hystérectomie, dans le premier. Nous nous permettrons de faire pour ce chapitre de grands emprunts au remarquable rapport de M. Tuffier, à la société de chir. de Paris, décembre 1910.

Les symptômes fonctionnels. —, sont dus les uns à l'intérocèle vaginale, les autres à la cystocèle : douleurs abdominales, tiraillements lombaires, troubles digestifs, mictions fréquentes, impossibilité absolue ou relative d'uriner spontanément, l'obligation pour uriner de presser sur la tumeur comme on exprime une poire de caoutchouc ou de réduire entièrement la hernie, autant de troubles bien connus dans tous les prolapsus. Il faut y ajouter l'irritation causée par le frottement des cuisses, par l'écoulement de l'urine, l'inflammation et l'ulcération possible de la tumeur, si bien que les malades n'arrivent à marcher qu'avec peine et sont bientôt condamnées à vivre assises ou couchées.

Les symptômes physiques sont ceux des hernies en général. Tumeur de volume variable allant de celui d'une orange (obs. n° 9) à celui de 2 poings (obs. n° 7), arrondie suspendue à un pédicule large suivant les dimensions de l'orifice vulvaire, tantôt lisse et tendue

quand l'intestin et l'urine la remplissent, tantôt molle et ridée avec ses plis transversaux caractéristiques. La muqueuse est soit de coloration normale, soit enflammée et ulcérée. Le « ballon » est divisé en son milieu par la cicatrice transversale de l'hystérectomie.

Le palper permet de reconnaître deux portions que l'inspection suffisait à révéler, l'une antérieure rénitente, mate à la percussion, répondant à la vessie, l'autre postérieure de consistance mollassse, sonore à la percussion et réductible avec gargouillements.

La tumeur peut se réduire, en général assez facilement, mais au moindre effort, toux, éternuements et à plus forte raison si la malade s'assoit ou se lève la tumeur réapparaît, la vessie sort la première, s'étale, entraîne à sa suite le vagin qui se déroule d'avant en arrière lentement ou qui se précipite brusquement.

Les complications paraissent rares, Brose, est le seul qui signale un cas de sphacèle du sac vaginal avec accidents d'étranglements survenus à la suite d'un effort de défécation.

PATHOGÉNIE

La communication faite à la société de chirurgie par Tuffier à propos de l'observation de Guibal a suscité de nombreuses controverses et quelques discussions pathogéniques.

Le titre de communication " de l'inversion vaginale consécutive à l'hystérectomie " prêtait déjà à considérer l'inversion du vagin comme une conséquence même de l'hystérectomie par voie vaginale. Un peu plus loin quelques membres de la société avaient cru trouver la pensée exacte du rapporteur quand ils disaient « Cette affection est digne par sa gravité de figurer au nombre des complications éloignées de l'hystérectomie vaginale ; elle provoque des troubles sérieux qui lui appartiennent en propre ». Il paraissait n'y avoir plus de doute possible ; c'est l'hystérectomie qui a provoqué l'inversion ; celle-ci est une complication de celle-là ! !.

Morestin s'est aussitôt élevé contre cette affirmation dans la même séance. Pour lui l'hystérectomie n'est pour rien dans ces prolapsus " consécutifs à l'hystérectomie " on ne peut les considérer comme une complication. « Il s'agit assurément de prolapsus qui continuent leur évolution malgré l'hystérectomie. Ceci prouve seulement que cette opération est un traitement imparfait du prolapsus quelle ne suffit pas à en arrêter la marche. »

Potberat dans la séance suivante revient à la question et s'élève à nouveau contre le rôle favorable à la production de l'inversion du vagin que Tuffier semble avoir attribué à l'hystérectomie vaginale. Il déclare que le

fait d'enlever l'utérus par voie vaginale ne peut en aucune façon provoquer l'inversion du vagin, et que celle-ci ne peut ni ne doit être considérée comme une conséquence ou une complication de celle-là. Il estime que dans les cas où l'inversion vaginale a été observée après l'hystérectomie, cette lésion était partiellement ou totalement réalisée par le prolapsus utérin qui existait avant l'opération. L'hystérectomie a, comme il le fait remarquer, été pratiquée comme traitement du prolapsus génital ; employée seule elle est sans doute insuffisante mais elle ne peut être considérée comme nuisible.

Vauverts, n'ayant pas eu connaissance des remarques de Potherat apportait dans la séance suivante de la société de chirurgie, contre la conception de Tuffier, les arguments qui avaient déjà été présentés par Potherat. Comme celui-ci il concluait que l'hystérectomie ne pouvait être considérée comme prédisposant à cet accident et à plus forte raison, comme en étant la cause.

Reprenant la parole à la suite des orateurs qui avaient critiqué sa communication Tuffier fit remarquer que ceux-ci s'étaient mépris sur son opinion. Il n'avait jamais, en effet, pensé incriminer l'ablation de l'utérus comme susceptible de produire ou de favoriser l'inversion du vagin. Son intention avait été simplement d'attirer l'attention sur cette lésion apparaissant ou continuant à exister après l'hystérectomie. Pour lui comme pour ceux ayant prit part à la discussion, les causes de cette inversion doivent être recherchées dans la béance exagérée de l'hiatus génital, dans la faiblesse de la musculature périnéale, dans l'allongement des ligaments utérins, parfois dans l'exagération de la profondeur du cul-de-sac de Douglas.

Contrairement donc à ce que le titre de la communication de Tuffier avait semblé signifier, l'inversion du vagin n'est pas considérée par cet auteur comme une

complication de l'hystérectomie. Brose pense aussi avec Halban et Tandler que la cause du prolapsus est due aux graves lésions du plancher périnéal d'où il s'ensuit que la fermeture de l'hiatus uro-génital devient insuffisante. Les organes qui traversent cet hiatus sont poussés en dehors par la pression abdominale comme une hernie au travers de la rupture herniaire.

Que penser cependant des deux derniers cas rapportés par M. Tuffier et dans lesquels le prolapsus vaginal n'existait pas au moment où fût pratiquée l'hystérectomie et n'apparut qu'ultérieurement. Mais il faudrait pour qu'ils soient tout-à-fait démonstratifs que nous connaissions l'état de la musculature périnéale et aussi celui du cul-de-sac anté et retro-utérin de façon à pouvoir éliminer ces deux facteurs ordinaires du prolapsus et accuser à coup sur l'extirpation de l'utérus. Or ces renseignements importants manquent.

Nous concluons donc avec M. le Professeur de Rouville que nous sommes tous d'accord pour innocenter l'hystérectomie ; le prolapsus génital continue malgré l'hystérectomie qui ne suffit pas à en arrêter la marche.

Si maintenant, nous réunissons les divers facteurs pathogéniques de l'inversion du vagin, nous voyons qu'il y a une condition primordiale et suffisante par elle-même à laquelle s'ajoutent quelques conditions secondaires, mais cependant favorisantes.

En premier lieu se place *le rôle prédisposant de l'atrophie ou de l'écartement des releveurs*, qui est le même que celui de l'agrandissement des anneaux naturels dans la production des hernies en général. Le rôle principal doit donc être attribué à la béance exagérée de l'hiatus uro-génital creusé dans le diaphragme des releveurs, ces derniers comme l'aponévrose fibreuse qui les recouvre, étant ou déchirés par un accouchement anté-

rieur, ou affaiblis, ou congénitalement mal développés.

La déchirure du périnée superficiel paraît n'avoir qu'une importance restreinte. Bien que dans le cas de Guibal l'orifice vulvaire fut très rétréci, l'inversion n'avait pas été empêchée.

Comme causes secondes, pouvant favoriser l'apparition de l'inversion vaginale, on peut envisager.

a) *l'allongement des ligaments utérins* dont le rôle d'agents suspenseurs du vagin après l'hystérectomie n'est pas discutable. Or ces ligaments sont toujours allongés et amincis dans le prolapsus et sont inaptes à jouer ce rôle d'agent suspenseur.

b) *l'excès d'étoffe du vagin* peut constituer facilement l'amorce d'une hernie qui ne tarde pas à s'accroître sous la poussée abdominale.

c) *la cystocèle concomitante* au prolapsus qui si l'on n'y remédie pas continue à laisser la vessie se hernier et entraîner à sa suite le vagin.

d) *la profondeur exagérée du cul-de sac de Douglas*. C'est là une malformation par défaut de coalescence du péritoine primitif. Stratz et Hofmeir y attachent une grosse importance. Ils pensent que les inversions du vagin sont dues à un cul-de-sac extraordinairement profond. Le Douglas restant en place il s'est formé peu à peu un sac herniaire qui a refoulé le vagin au devant de lui.

TRAITEMENT

Les diverses méthodes opératoires à employer découlent naturellement de toutes les notions pathogéniques précédentes. Le traitement sera préventif ou curatif.

Traitement préventif. — Il est nous l'avons vu de toute évidence que l'hystérectomie n'est pour rien dans la constitution des inversions vaginales survenant chez les hystérectomisées. C'est le prolapsus qui continue parce que les méthodes thérapeutiques employées pour y remédier sont insuffisantes.

A l'heure actuelle l'hystérectomie pour prolapsus n'est d'ailleurs pour ainsi dire plus pratiquée. Elle s'impose seulement quand le prolapsus se complique de tumeur de l'utérus, d'érosions suspects du col, de métrorragies persistantes ou de lésions annexielles graves. Elle est alors pratiquée par la voie abdominale et est complétée par une suspension haute du mognon cervical ou de la tranche vaginale appuyée sur un esolide colpopérinéorraphie complémentaire.

Si chez une femme âgée, obèse, à périnée effondré on est tenté parfois d'enlever par voie vaginale un utérus complètement extériorisé, il faudra comme Fritch et Pozzi l'ont réglé, associer à l'hystérectomie vaginale une large colpectomie. Mais il est à craindre que chez les vieilles femmes obèses avec mauvais état général le traumatisme n'excède leurs forces, et il vaut mieux alors avoir recours à une opération moins grave. Chavannaz a essayé de réhabiliter l'ancien procédé du cloisonnement du vagin. Savariaud reste fidèle à l'opération de

Müller : résection complète de la muqueuse du vagin sans hystérectomie et sans ouverture du péritoine. Il l'a affirmé à nouveau à la discussion du rapport de Tuffier sur l'observation de Guibal, mais il ne produit aucun fait où cette manœuvre ait réussi. Son efficacité ne peut être affirmée.

Potherat fait tout simplement une colporraphie antérieure et une colporinéorrhaphie postérieure par une large excision de la muqueuse en avant et en arrière du canal vaginal, complétée par une hystéropexie très haute.

Brose réproouve l'extirpation totale de l'utérus pour prolapsus, il conseille de fermer cet hyatus génital par une colpectomie totale.

Quoiqu'il en soit, il est à peu près universellement admis aujourd'hui que le seul traitement rationnel des prolapsus génitaux soit la colpopérinéorrhaphie avec suture des releveurs en arrière du vagin, isolée ou en masse, complétée par la colporraphie antérieure et par l'amputation haute du col selon la méthode de Bouilly et dans certains cas par la myoraphie des releveurs en avant du vagin.

Quand à la technique de l'hystérectomie classique pratiquée pour toute autre affection que pour les prolapsus aucune modification ne devra naturellement être apportée. Stratz pense simplement qu'il serait bon d'observer l'état du péritoine dans le Douglas et le resequer quand besoin est.

Traitement curateur. — 3 méthodes sont en présence et se disputent la priorité :

- 1° Méthode d'abstention opératoire.
- 2° Méthode de colpopexie ligamentaire.
- 3° Méthode de colpectomie avec réflexion périnéale.

L'abstention opératoire ne peut être envisagée que

pour les malades qui comme celle de Routier et Vauverts se refusent à une nouvelle intervention. Hollemann ne nous dit pas pourquoi il a jugé suffisant d'appliquer un pessaire.

C'est « en désespoir de cause » que Routier fit porter à sa malade un pessaire Borguiet. Quand à celle de Vauverts « grâce à un tampon d'ouate qu'elle enfonce dans le vagin et qu'elle maintient avec une serviette, elle a jusqu'ici refusé une intervention qu'elle considère comme inutile. »

Restent les deux autres méthodes, nous ne reviendrons pas sur leur technique que les auteurs ont exposé tout au long et très en détail dans chacune de leurs observations

La colpoperie ligamentaire a été pratiquée seulement par Philander A. Harris.

La colpectomie totale a été préférée par Stratz, Brose, Guibal et de Rouville.

L'exposé détaillé de ces deux méthodes qui en a été fait par Tuffier, à la société de chirurgie a donné lieu à quelques discussions.

Morestin a condamné absolument la colpectomie totale « il me semble a-t-il dit qu'elle constitue un remède excessif, même chez une femme mure le vagin est un organe important et respectable et sa suppression définitive constitue un très pénible sacrifice aussi ne consentirais-je pas à la pratiquer pour un prolapsus fut-il porté à l'extrême. En rétrécissant beaucoup la cavité vaginale, par excision d'une large étendue de la paroi, en restaurant avec le plus grand soin le périnée, on remplit les indications d'une façon assez satisfaisante. Il vaudrait mieux, je crois, accepter la chance d'une récidive que d'avoir recours à la colpectomie totale ».

Potherat, reprouve lui aussi la colpectomie. Il se con-

tenterait d'une colporraphie antérieure et d'une colpoperinéorrhaphie postérieure par une large excision de la muqueuse en avant et en arrière du canal vaginal.

Tuffier, affirme très nettement au contraire que dans tous les cas où l'âge et l'assentiment des malades le permettent, l'occlusion périnéale en plusieurs plans constitue une excellente méthode, supérieure à la simple périnéorrhaphie.

Pour conclure nous pensons avec M. de Rouville, « que sont condamnées à l'insuccès toutes les tentatives d'excisions partielles si larges fussent-elles de la muqueuse en avant et en arrière du canal vaginal en cas d'inversion totale du vagin. Comme le remarque Tuffier, l'inversion du vagin est une véritable hernie ; le traitement le plus logique est donc la cure radicale de cette hernie par la résection du sac et la réfection de la paroi.

Nous ne voyons à cette opération qu'une contre indication, l'âge peu avancé de la malade, ou son refus d'en accepter les conséquences anatomo - physiologiques. Dans ce cas, c'est à la colpopexie avec ou non cystopexie et cloisonnement du Douglas, suivie d'une périnéorrhaphie avec suture des releveurs que l'on aurait recours ; et c'est là une bonne opération nullement mutilatrice, mais plus grave sans nul doute, et à résultats plus problématiques que la colpectomie totale. Si la malade se refuse à toute intervention le port d'un pessaire à tige constituerait la seule ressource ».

CONCLUSIONS

I.— L'inversion du vagin après l'hystérectomie est une éventualité "exceptionnelle".

II.— Dans presque tous les cas, elle ne survient qu'après des hystérectomies vaginales pour prolapsus complet de l'utérus.

III.— Le prolapsus continue malgré l'hystérectomie ; il se produit une véritable hernie : le vagin se retourne en doigt de gant et fait saillie à la vulve en formant un véritable sac dans lequel peuvent descendre les viscères pelviens (vessie et intestin grêle seulement)

IV.— Les symptômes ne diffèrent en rien de ceux de l'inversion du vagin quand l'utérus existe encore si ce n'est que le dôme vaginal au lieu du col utérin est constitué par la cicatrice de l'hystérectomie.

V.— Le rôle principal revient à la béance exagérée de l'hiatus uro-génital par effondrement du plancher pelvien.

Interviennent ensuite comme causes secondes :

- 1° l'allongement des ligaments utérins.
- 2° l'excès d'étoffe du vagin.
- 3° le cystocèle.
- 4° la profondeur exagérée du cul-de sac de Douglas.

VI.— Si la malade en accepte les conditions anatomo-pathologiques, la meilleure intervention est le colpectomie totale.

Si non, c'est à la colpopexie avec ou non cystopexie et cloisonnement du Douglas, suivie d'une périnéorraphie avec suture des releveurs qu'on aurait recours.

Si enfin la malade se refuse à toute intervention le port d'un pessaire à tige serait la seule ressource.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 12 juin 1920
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 10 juin 1920.
Pour le Doyen,
L'assesseur délégué,
FORGUE.

BIBLIOGRAPHIE

- BÉRARD. — Société de chirurgie de Lyon, mai 1908.
- BROSE. — Société de Gynécologie et obstétrique de Berlin,
8 janvier 1909. — Analyse in *revue de chirurgie*,
1909, p. 832.
- DURAND. — Société de chirurgie de Lyon, mai 1908.
- J.-L. FAURE et SIREDEY — Traité de Gynécologie, 1914.
- FORGUE et MASSABUAU. — Traité de Gynécologie, 1916.
- GUIBAL. — Archives générales de Chirurgie, 1911, p. 1.
- HARRIS. — American journal of Obst. 1907, t. LVI, p. 118.
- HIEFF. — Thèse de Paris 1898-99.
- HOLLEMANN (d'Amsterdam). — Juin 1909. In *Bulletin Société*
de Chirurgie de Paris 1910.
- JACOB. — *Le Polyclinique* de Bruxelles 1896, p. 470.
- KENIG. — Brit. J. of Obst. et Gyn. 1904.
- LEGUEN. — Congrès français de chirurgie 1901.
- POTHERAT. — Société de chirurgie de Paris 1910.
- ROUTIER. — Société de chirurgie de Paris 1910.
- DE ROUVILLE et COHEN. — *Montpellier Médical*, 15 janv. 1920.
- STRATZ. — Zentralblatt für Gynäk, 10 octobre 1908, p. 1334.
- TUFFIER. --- Société de chirurgie de Paris 1910, p. 1200.
- VAUVERTS. — *Echo Médical du Nord*, t. XV, n° 28, 9 juil. 1914,
page 265.
- VIEUX-PERNON. --- Thèse de Lyon 1905-06.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe; ma langue taiera les secrets qui lui seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.
